

筑北村国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度～令和 11 年度

筑北村国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
 - 1) 市町村国保の役割
 - 2) 関係機関との連携
 - 3) 被保険者の役割
5. 保険者努力支援制度

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期データヘルス計画の評価
 - 2) 第2期データヘルス計画の考察
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……29

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業36

1. 保健事業の方向性
2. 重症化予防の取組
 - 1) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
 - 2) 糖尿病性腎症重症化予防
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
4. 発症予防
5. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し57

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い58

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)^{※3}」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

このような国の動きや本村の課題等を踏まえ、本村では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(H25.6閣議決定)

※2 PDCA サイクル:P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うこと

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

※4 新経済・財政再生計画 改革行程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療の確保に関する法律(以下、「高確法」という)に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

本村では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組む、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※5 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。(図表2参照)

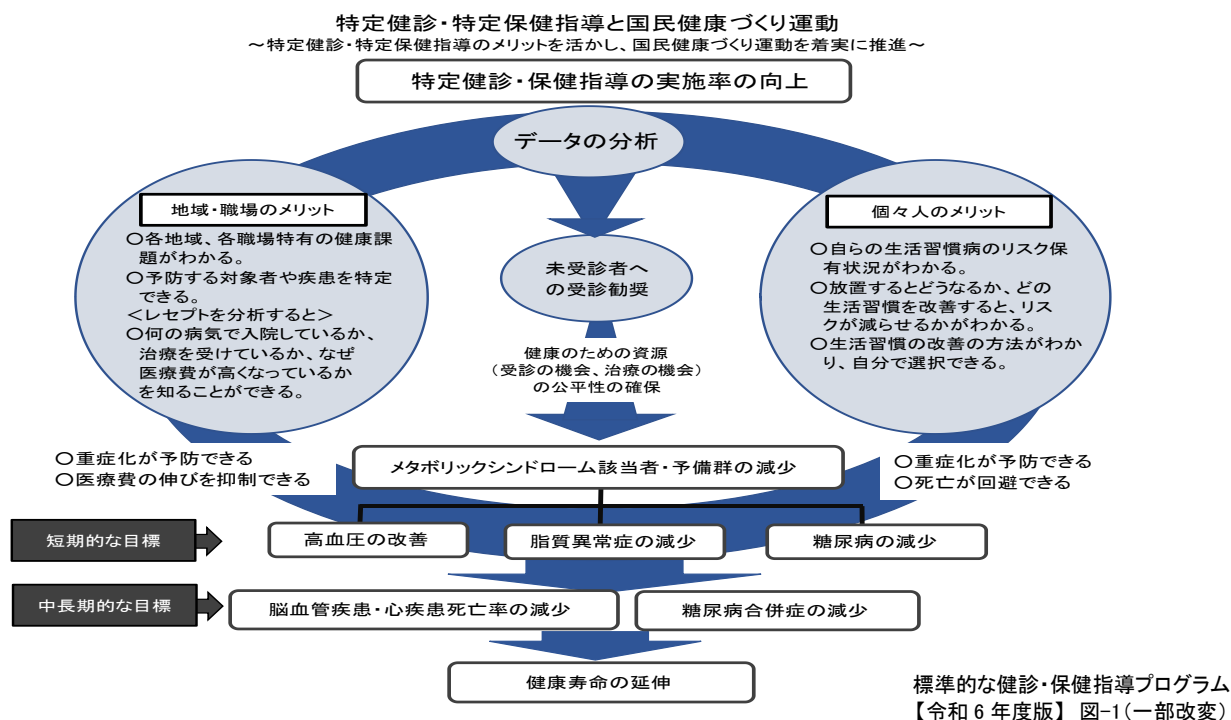
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ
法定計画等の位置づけ

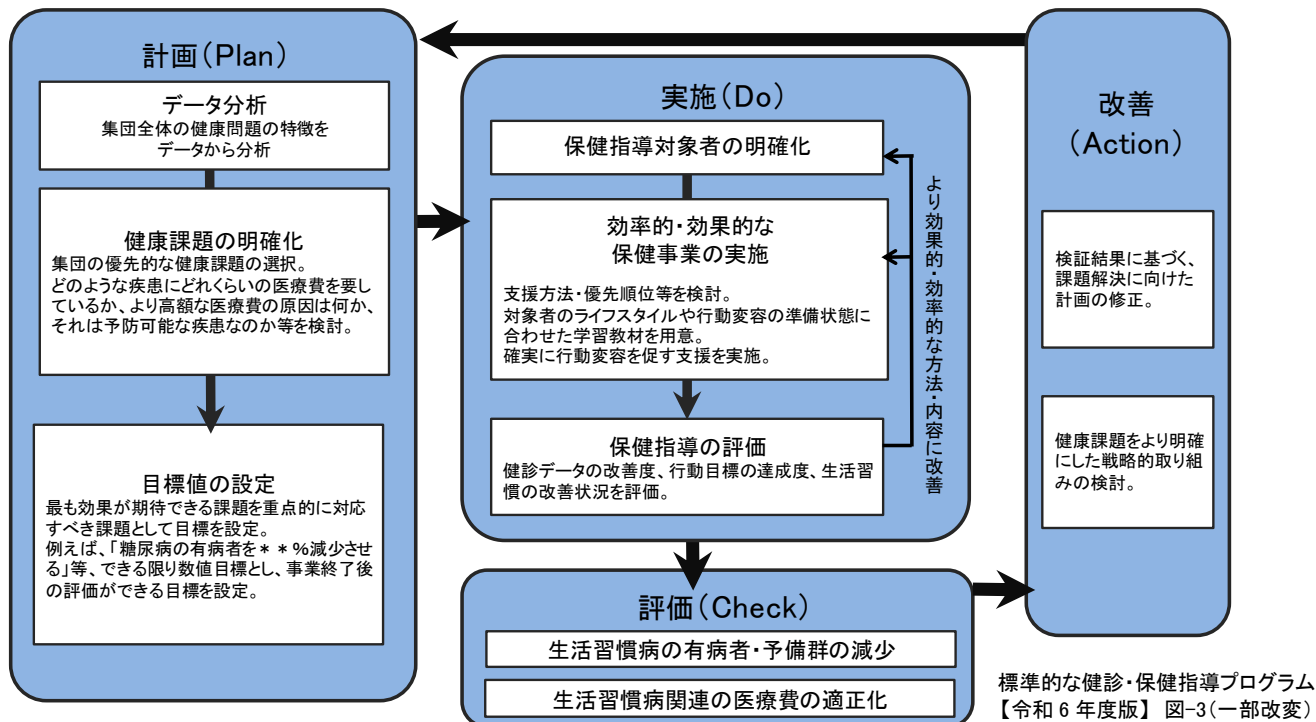
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確 保及び地域支援事業の計 画的な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度 化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 小児、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④産産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用し る保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

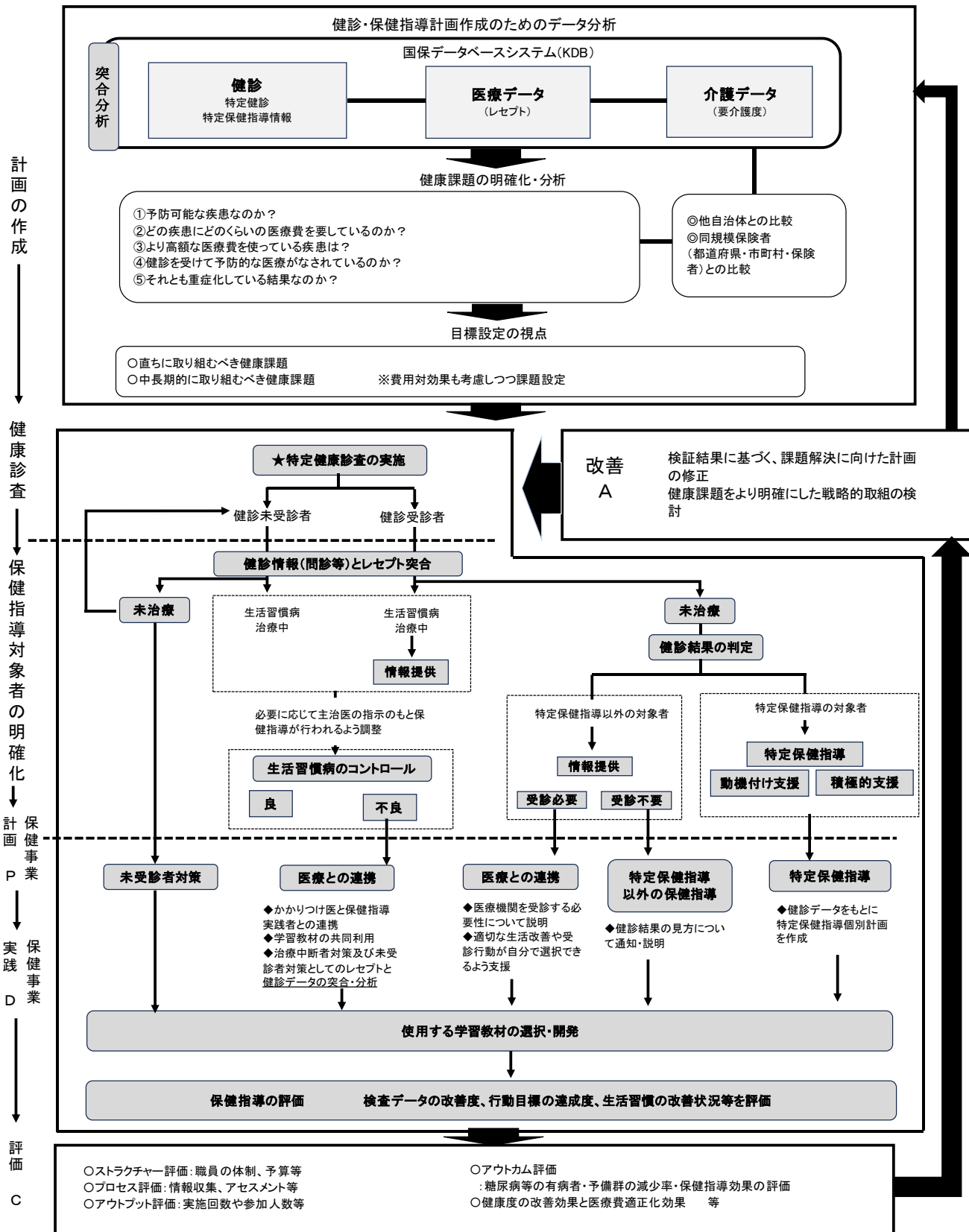


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつがる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



図表 4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

注) 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

図表 5 標準的な健診・保健指導プログラム(H30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 最新の科学的知識と、課題抽出のための分析 (生活習慣病に関するガイドライン) </div> <div style="font-size: 2em; margin: 10px 0;">➔</div> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 行動変容を促す手法 </div>	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につなげる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要に応じて、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに提示)

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

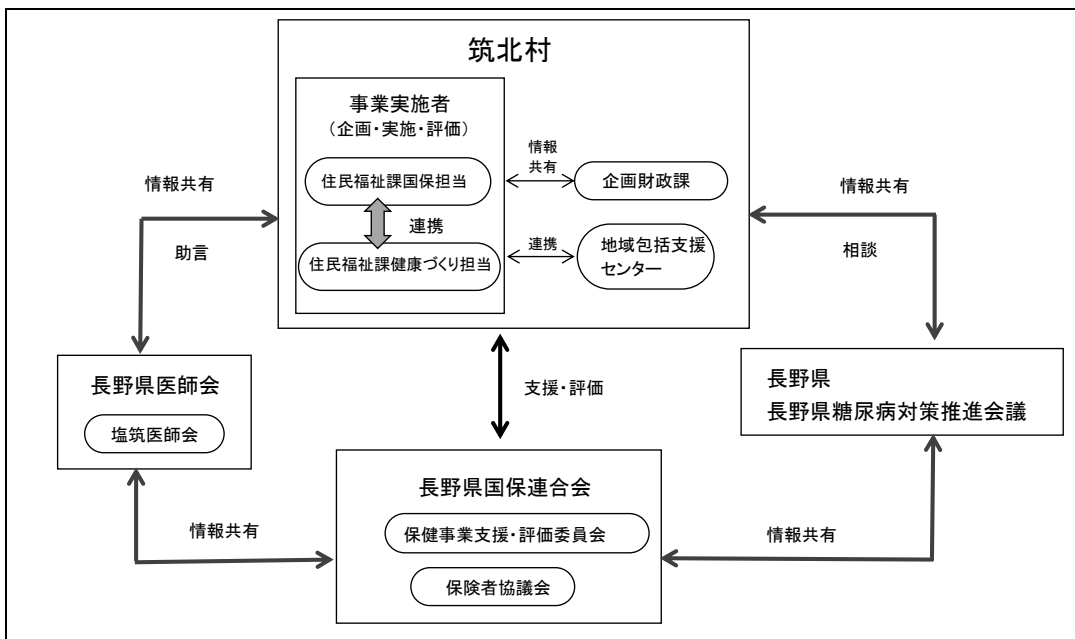
4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、筑北村国民健康保険担当と住民福祉課保健福祉係（健康づくり担当）が中心に計画策定を行い、策定に当たっては筑北村地域包括支援センター等との十分連携を図ることとします。

図表 6 筑北村の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保・・・保健師 管栄・・・管理栄養士 事・・・事務(注:支払い事務、通知送付等) 運動(運動指導士) ◎・・・主担当 ○・・・副担当

	保 (課長補佐)	保 (課長補佐)	保	保	管栄	運動	事 (係長)
国保事務			○				◎
健康診断 保健指導	○		◎	○	◎	◎	
がん検診			◎	○			
予防接種		○		◎			
母子保健		◎センター長		○	○		
精神保健	◎			○			
歯科保健					◎		
高齢者保健・介 護予防	◎		○			◎	

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。

また、都道府県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与がさらに重要となります。

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要です。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めます。

市町村国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開することに努めます。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、筑北村国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行います。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に実施されています。

(図表8)

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			筑北村	配点	筑北村	配点	筑北村	配点
交付額(万円)								
全国順位(1,741市町村中)			402位		270位		473位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	120	70	120	70	120	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	25	40	58	40	57	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	10	130	10	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	75	100	75	100	75	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	30	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	24	40	31	50	12	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	54	95	59	100	58	100
合計点			648	1,000	673	960	622	940

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本村は、人口4,149人、高齢化率46.5%で、県、国と比較すると高齢者の割合は高い状況で、少子高齢化が急速に進んでいます。被保険者の平均年齢も58.7歳で同規模、県、国と比べても高く被保険者も高齢化しています。

国や県と比較して、出生率が低く、死亡率が高いので、人口減少のスピードも速くなっています。

産業においては、国や県と比べて第1次産業(農業)が多く、第3次産業が55.0%と全体の半数以上を占めており、サービス業の割合が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

図表9 同規模・県・国と比較した筑北村の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者 数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政力 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
筑北村	4,149	46.5	1,039 (25.0)	58.7	4.1	20.0	0.2	21.1	23.8	55.0
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
県	--	32.2	22.1	53.8	6.4	12.7	0.5	9.3	29.2	61.6
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典: KDBシステム、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、筑北村と同規模保険者(274市町村)の平均値を表す

国保加入の状況を見てみると、R04年度の国保加入率は25.0%で、被保険者数は減少傾向で、年齢構成については65~74歳の前期高齢者が全体の半数以上を占めており、高齢化が進んでいます。(図表10)

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	1,196		1,138		1,133		1,121		1,039	
65~74歳	678	56.7	652	57.3	650	57.4	624	55.7	568	54.7
40~64歳	341	28.5	332	29.2	335	29.6	337	30.1	334	32.1
39歳以下	177	14.8	154	13.5	148	13.0	160	14.3	137	13.2
加入率	25.3		24.1		24.0		23.7		25.0	

出典: KDBシステム、人口及び被保険者の状況
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

村の医療の状況を見てみると、村内には2つの診療所がありますが、入院できる病院はなく、医療資源は少ないです。そのため、近隣の安曇野市・松本市・上田市・千曲市・長野市などの病院を利用している人が多いです。電車や自家用車を利用すれば、行ける範囲に多くの診療所や病院があるため、外来の患者数が同規模や県と比較してとても多いです。(図表11)

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.3
診療所数	3	2.5	3	2.6	2	1.8	2	1.8	2	1.9	3.6	3.5
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21.9	52.2
医師数	4	3.3	4	3.5	3	2.6	3	2.7	3	2.9	3.3	11.8
外来患者数	802.4		833.7		798.9		827.7		839.6		653.6	691.5
入院患者数	25.9		25.7		23.9		28.3		22.9		22.9	17.6

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

2つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。(P4図表2参照)

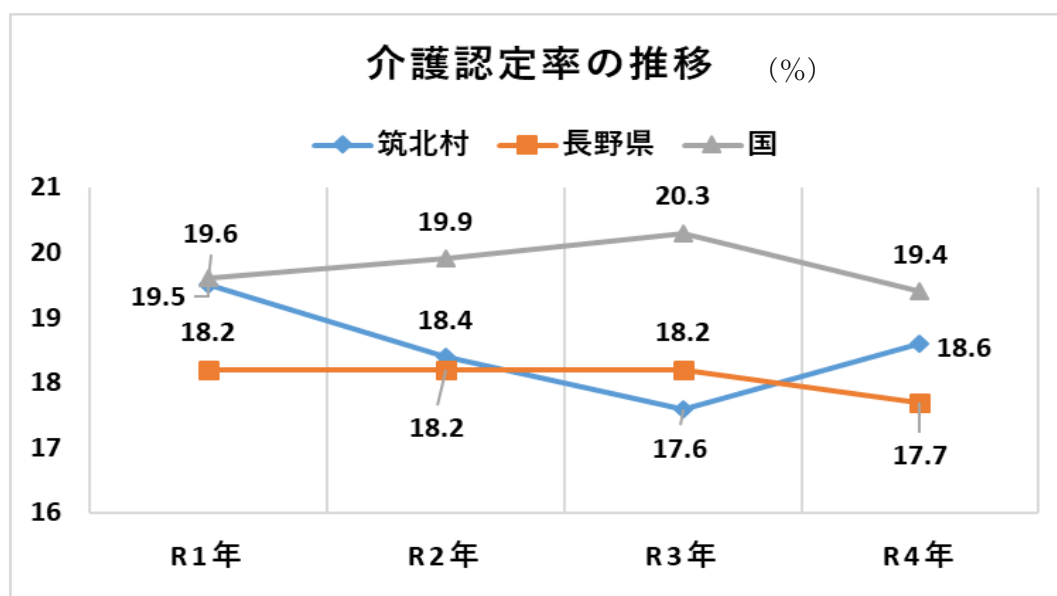
(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

要介護・要支援認定率について

介護認定率は減少傾向にあります。県の認定率17.7%よりは、高くなっています。(図表12)

図表 12 要介護認定者(率)の状況



出典：KDB システム

介護給付費の変化については、総給付費と一人あたり給付費は減少しています。しかし、1件あたり

給付費の居宅サービス費は減少していますが、施設サービス費が増加しています。(図表13)

図表 13 介護給付費の変化

	筑北村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	7億1052万円	6億2420万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	358,667	323,420	323,222	288,366	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	67,150	63,590	80,543	62,434	59,662
居宅サービス	42,462	40,824	42,864	40,752	41,272
施設サービス	277,383	282,938	288,059	287,007	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

要介護者の有病状況を血管疾患の視点で見ると、全年代で脳卒中が1番多く、50%以上の割合となっています。次いで65歳～74歳では腎不全の割合が24%となっており、75歳以上では虚血性心疾患の割合が48%と急増しています。高血圧・糖尿病・脂質異常症の基礎疾患の有無では、全ての年代で80%以上の方が治療をしており、要介護の方の80%以上の方が基礎疾患を有しているといえます。介護状態になる事を予防するためには、40歳代からの予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要となります。(図表14)

図表14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04年度)

受給者区分		2号		1号				合計									
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計									
介護件数(全体)		2		30		324		354		356							
再)国保・後期		2		25		285		310		312							
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数					
				割合		割合		割合		割合		割合					
	循環器疾患	1	脳卒中	2	100.0%	脳卒中	13	52.0%	脳卒中	146	51.2%	脳卒中	159	51.3%	脳卒中	161	51.6%
		2	虚血性心疾患	0	0.0%	腎不全	6	24.0%	虚血性心疾患	138	48.4%	虚血性心疾患	143	46.1%	虚血性心疾患	143	45.8%
		3	腎不全	0	0.0%	虚血性心疾患	5	20.0%	腎不全	76	26.7%	腎不全	82	26.5%	腎不全	82	26.3%
		4	糖尿病合併症	1	50.0%	糖尿病合併症	10	40.0%	糖尿病合併症	79	27.7%	糖尿病合併症	89	28.7%	糖尿病合併症	90	28.8%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		2	100.0%	基礎疾患	22	88.0%	基礎疾患	275	96.5%	基礎疾患	297	95.8%	基礎疾患	299	95.8%	
	血管疾患合計		2	100.0%	合計	23	92.0%	合計	279	97.9%	合計	302	97.4%	合計	304	97.4%	
	認知症		0	0.0%	認知症	6	24.0%	認知症	126	44.2%	認知症	132	42.6%	認知症	132	42.3%	
	筋・骨格疾患		2	100.0%	筋骨格系	23	92.0%	筋骨格系	276	96.8%	筋骨格系	299	96.5%	筋骨格系	301	96.5%	

※新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

出典:ヘルスサポートラボツール

②医療費の状況

本村の医療費は、国保加入者が減少しており、総医療費も減少傾向にあります。しかし、一人あたり医療費をみると、R04年度は、同規模保険者と比べて約11万円高く、県と比べても約14万円高くなっています。一人あたり医療費の県内順位はH30年度からR4まで常にトップ3に入っています。

また入院医療費は、全体のレセプトの件数の割合の2.7%とわずかですが、費用の割合は39.3%を占めており、一件あたりの入院医療費が高額であることがわかります。

受診率は、H30年度よりも増加しており、同規模や県・国と比較しても非常に高いため、医療費が高額になっています。(図表15)

図表15 医療費の推移

	筑北村		同規模	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	1,196人	1,039人	--	--	--	
前期高齢者割合	678人 (56.7%)	568人 (54.7%)	--	--	--	
総医療費	5億0,607万円	4億4,554万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	458,494 県内2位 同規模39位	477,996 県内3位 同規模60位	367,527	339,076	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	593,390	592,910	588,220	607,840	617,950
	費用の割合	45.3	39.3	44.9	38.9	39.6
	件数の割合	3.1	2.7	3.4	2.5	2.5
外来	1件あたり費用額	23,140	24,970	25,290	24,340	24,220
	費用の割合	54.7	60.7	55.1	61.1	60.4
	件数の割合	96.9	97.3	96.6	97.5	97.5
受診率	828.252	862.478	676.49	709.111	705.439	

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は筑北村と同規模保険者274市町村の平均値を表す

また年齢調整をした地域差指数でも、国保は全国平均の1を超えており、県内順位は、H30年度もR02年度も10位以内に入っています。後期になると入院は県より低く、外来は県より高い傾向にあります。(図表16)

一人あたり医療費の地域差は、入院が1.236と高いため、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	筑北村 (県内市町村中)		県 (47県中)	筑北村 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R02年度	R02年度	H30年度	R02年度	R02年度	
地域差指数・順位	全体	1.114 (3位)	1.111 (6位)	0.959 (38位)	0.866 (32位)	0.885 (34位)	0.895 (38位)
	入院	1.265 (3位)	1.236 (8位)	0.954 (36位)	0.816 (41位)	0.812 (49位)	0.873 (33位)
	外来	1.038 (5位)	1.044 (5位)	0.968 (38位)	0.948 (14位)	0.996 (8位)	0.924 (39位)

出典：地域差分析(厚労省)

③中長期目標疾患の医療費の変化

村の総医療費は約5000万円減っており、中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計も820万円減っています。総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については0.09%、慢性腎不全(透析あり)は0.33%増加しています。また、その他の疾患の悪性新生物の割合は、H30年度と比べると2倍近くになっていますが、同規模、県、国よりは低くなっています。(図表17)

図表17 中長期目標疾患の医療費の推移

			筑北村		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			5億0,607万円	4億4,554万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			3,518万円	2,698万円	--	--	--
			6.95%	↓ 6.05%	7.24%	7.88%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	0.66%	↑ 0.75%	2.12%	2.15%	2.03%
		狭心症・心筋梗塞	2.36%	↓ 1.26%	1.46%	1.22%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.65%	↑ 3.98%	3.29%	4.29%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.28%	↓ 0.06%	0.37%	0.22%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		7.71%	↑ ↑ 14.64%	17.57%	16.43%	16.69%
	筋・骨疾患		7.66%	↑ 8.21%	9.33%	9.18%	8.68%
	精神疾患		8.49%	↓ 6.93%	7.82%	8.45%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注)KDBシステムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

次に、患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況をH28年度と比較してみると、虚血性心疾患は患者数及び割合が減少していますが、脳血管疾患については増加しています。(図表18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H28年度	R04年度		H28年度	R04年度	H28年度	R04年度	H28年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	1,445	1,039	a	48	61	114	78	6	4	
	a/A				3.3%	5.9%	7.9%	7.5%	0.4%	0.4%	
40歳以上	B	1,210	902	b	48	61	114	78	6	4	
	B/A	83.7%	86.8%	b/B	4.0%	6.8%	9.4%	8.6%	0.5%	0.4%	
再掲	40~64歳	C	449	334	c	15	10	19	11	6	1
		C/A	31.1%	32.1%	c/C	3.3%	3.0%	4.2%	3.3%	1.3%	0.3%
	65~74歳	D	678	568	d	33	51	95	67	0	3
		D/A	52.6%	54.7%	d/D	4.9%	9.0%	14.0%	11.8%	0.0%	0.5%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

高血圧の治療者は、40-64歳、65-74歳ともに増加しています。脳血管疾患と人工透析が65-74歳で増えていますが、その他は減っています。(図表19)

図表19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40~64歳		65~74歳		
		H28年度	R04年度	H28年度	R04年度	H28年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	464	394	109	91	355	303	
	A/被保数	38.4%	43.7%	24.3%	27.2%	46.7%	53.3%	
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	38	38	9	7	29	31
		B/A	8.2%	9.6%	8.3%	7.7%	8.2%	10.2%
	虚血性心疾患	C	101	62	17	8	84	54
		C/A	21.8%	15.7%	15.6%	8.8%	23.7%	17.8%
	人工透析	D	5	3	5	1	0	2
		D/A	1.1%	0.8%	4.6%	1.1%	0.0%	0.7%

出典: KDBシステム、疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握

糖尿病の治療者も、割合で見ると増加しています。糖尿病の合併症である糖尿病性腎症については治療者の割合が増加していますが、人工透析の患者数は2名で変化がないことから、早い段階で治療に入ることで、その後の人工透析の予防につながっていると考えられます。

65-74歳では糖尿病と脳血管疾患の重なりが増えているので、健診結果からの予防的な関わりが必要と考えます。(図表20)

図表20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40~64歳		65~74歳		
		H28年度	R04年度	H28年度	R04年度	H28年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	270	252	59	54	211	198	
	A/被保数	22.3%	27.9%	13.1%	16.2%	27.7%	34.9%	
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	25	29	8	6	17	23
		B/A	9.3%	11.5%	13.6%	11.1%	8.1%	11.6%
	虚血性心疾患	C	64	49	9	5	55	44
		C/A	23.7%	19.4%	15.3%	9.3%	26.1%	22.2%
	人工透析	D	2	2	2	0	0	2
		D/A	0.7%	0.8%	3.4%	0.0%	0.0%	1.0%
合併糖尿病	糖尿病性腎症	E	120	106	23	21	97	85
		E/A	37.8%	42.1%	39.0%	38.9%	46.0%	42.9%

出典: KDBシステム、疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握

脂質異常症については、高血圧や糖尿病と比べて治療者の増加割合が高く、特に40-64歳の若い方の治療者の割合がH28年度からR04年度は10%高くなっています。しかし、脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減少しており、合併症のない脂質異常症の段階でコントロールしていくことで重症化予防につながっています。

(図表21)

図表21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H28年度	R04年度	H28年度	R04年度	H28年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	351	347	72	87	279	260	
	A/被保数	29.0%	38.5%	16.0%	26.0%	36.7%	45.8%	
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	29	33	7	7	22	26
		B/A	8.3%	9.5%	9.7%	8.0%	7.9%	10.0%
	虚血性心疾患	C	81	60	10	9	71	51
		C/A	23.1%	17.3%	13.9%	10.3%	25.5%	19.6%
	人工透析	D	0	1	0	0	0	1
		D/A	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上をH30年度とR03年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧14.8%、糖尿病6.9%いるため、健診後の個々の状況を確認していく必要があります。

(図表22)

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
筑北村	631	68.1	460	53.9	31	4.9	15	48.4	27	5.9	14	51.9	4	14.8	2	7.4

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
筑北村	620	98.3	460	100.0	35	5.6	9	25.7	29	6.3	5	17.2	2	6.9	0	0.0

出典:ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

② 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。

健診結果でH30年度とR04年度を比較すると、摂取エネルギー過剰をみる腹囲とBMI25以上、ALT(GPT)の割合が高くなっています。男女別で見ると、特に40代・50代の男性で増えています。そして血管を傷つける要因の尿酸・収縮期血圧でも全体的に異常者の割合が増えています。しかし、臓器障害の項目(尿蛋白・GFR・心電図・眼底検査)の異常者割合は減少しています。このことから、短期目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常)をきちんと管理し、重症化しないようにしていくとともに、40代・50代の肥満から、高血圧や糖尿病を発症しないよう肥満を改善していくことが必要です。(図表23)

③健診受診率及び保健指導実施率の推移

本村の特定健診受診率はH30年度まで60%以上に伸びていましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R2年度以降は受診率が低迷しており、第3期特定健診等実施計画の目標の60%は達成できていません。(図表24)

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若年者向けの健診も実施していますが、特定健診の年代別の受診率では、40～50代は特に低い状況が続いています。

特定保健指導についても、R02年は新型コロナウイルス感染症の影響で低下し、その後は、保健師等のスタッフが新型コロナウイルス感染症対応に追われ、未受診者対策等の訪問活動が計画通りできなかったことが受診率・実施率の低下につながっていると考えられます。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。(図表24)

図表 24 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
特定健診	受診者数	578	523	379	451	421
	受診率	62.2%	59.2%	43.5%	52.9%	51.7%
特定保健指導	該当者数	82	71	46	45	52
	割合	14.2%	13.6%	12.1%	10.0%	12.4%
	実施者数	57	48	29	31	37
	実施率	69.5%	67.6%	63.0%	68.9%	71.20%

出典：特定健診法定報告データ

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

データヘルス計画の目標値については、中長期目標疾患の総医療費に占める割合の維持については、概ね維持できています。短期目標疾患については、異常者の割合が横ばいまたは増加しているため、目標は達成できていません。

また、特定健診・特定保健指導についても新型コロナウイルス感染症により、受診率・保健指導実施率ともに下がってしまったため、目標達成できませんでした。

保険者努力支援制度については、各種がん検診受診者の増加を目標にしたが、胃がん・大腸がん・乳がんについては減少、肺がんと子宮がんについては増加しています。5つのがんの平均受診率については減少傾向にあるため、目標達成はできませんでした。

後発医薬品の使用については、H30年度からは増加していますが目標の80%以上には届いていないので、今後も継続していく必要があります。(図表25)

図表 25 第 2 期データヘルス計画目標管理一覧

区 分	判定基準
◎	目標を達成している
○	目標に向かって改善又は改善傾向にある
△	目標には遠い
×	目標から遠ざかっている

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			評価	データの把握方法 (活用データ)		
			初年度 H30 (H30)	中間評 価 R2 (R2)	最終評 価 R5 (R4)				
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.4%	4.4%	1.4%	○	KDBシステム		
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	5.0%	4.2%	2.4%	◎			
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	7.7%	11.2%	7.7%	○			
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.5%	0.4%	0.0%	◎			
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	33.1%	31.6%	33.5%	△	筑北村国民健康保険	
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	4.8%	4.5%	4.8%	△		
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL140以上)	23.6%	24.6%	22.8%	△		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	7.4%	12.1%	12.0%	×		
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	62.2	43.5	52	×	法定報告値	
			特定保健指導実施率60%以上	69.5	63.0	71	○		
	努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	22.5	21.3	19.7	×	地域保健事業報告 (R04年度データがないためR03年度を記載)
			肺がん検診受診者の増加	17.1	15.2	19.9	◎		
			大腸がん検診受診者の増加	30.1	21.4	21.5	×		
			子宮がん検診受診者の増加	9.5	15.7	16.9	◎		
乳がん検診受診者の増加			20.7	23.3	15.4	×			
5つのがん検診の平均受診率の増加			20.0	19.4	18.7	×			
後発医薬品の使用により、医療費の削減		後発医薬品の使用割合 80%以上	70.2%	75.9%	77.1%	○	厚生労働省		

出典：ヘルスサポートラボツール

2) 第2期データヘルス計画の考察

第2期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めており、その結果、総医療費の減少・後期高齢者医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われます。

特定健診受診率の向上を目指してきましたが、受診率は低下しており、新規の受診者の掘り起こしができていません。

また、今までの健診受診者も新型コロナウイルス感染症流行によって健診未受診になっている状況もあり、治療はしているが治療状況や検査結果の改善が把握できていない人が多くなっています。村の健診結果からみて、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は増加しており、短期目標疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症についても横ばいまたは増加となっていることから、肥満・血圧・脂質等メタボリックシンドロームの改善に取り組む必要のある者が多くおり、その人たちへの介入が必要です。

健診結果から、肥満によって数値が少しずつ高くなり異常が出始めても、自覚症状はないので本人としては気づいていないことが多く、健診を受けなければ検査データの異常に気づくことができません。健診の受診率は、若い年代の方が低いため、若いうちから年に1回は健診を受ける習慣をつけることが必要です。

また、肥満によって検査データに異常が出てきているので、まずは減量することで検査データも改善してくると思われます。若い世代の健診受診を勧め、肥満になっていないか、メタボリックシンドロームにつながる危険因子が検査データの異常値に現れていないか確認していきたいと思います。

そしてメタボリックシンドロームの該当者・予備群の改善ができる保健指導を充実することが課題です。

重症化予防は、必要な医療に繋がったか、また、継続した治療ができているか、など医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき課題です。

医療機関の医師とスタッフが連携し情報等を共有するには、何が必要で、何ができていないのか、どうしたらスムーズにいくのか、再度、保健師・管理栄養士・運動指導士でプロセス計画を検討していきます。

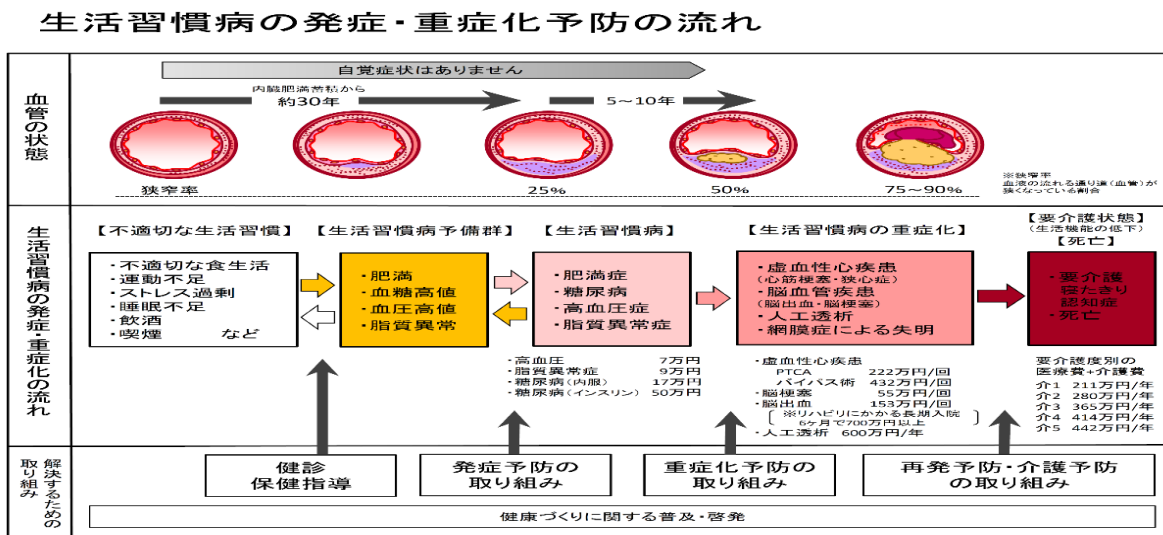
また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての健診は重要です。国が目標とする特定健診受診率の60%以上を達成できるよう、健診受診者を増やすことが重要です。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。(図表26)

図表 26 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 医療保険の切り替え

医療保険制度においては、75歳に到達した後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表27に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

図表 27 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1)医療費分析

H30年度から被保険者は減少しており、件数・費用額ともに減少傾向にありましたが、R03年度は件数が増え高額医療になった人も多かったため総医療費が急増しました。被保険者数が少ないため多額の高額医療の人が出ると一人あたり医療費も高くなり、県内でも1位となりましたが、R04年度は下がっています。(図表28)
 図28 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
被保険者数	1,196人	1,138人	1,138人	1,121人	1,039人	1,173人	
総件数及び 総費用額	件数	12,360件	12,063件	11,369件	11,552件	11,132件	17,825件
	費用額	5億0607万円	4億7388万円	4億5494万円	5億3689万円	4億4554万円	9億1110万円
一人あたり医療費	45.8万円	44.8万円	46.0万円	52.8万円	47.7万円	77.7万円	
県内順位	2位	2位	2位	1位	3位		

出典：ヘルスサポートラボツール

国保も後期も短期目標疾患(糖尿病・高血圧・脂質異常症)の医療費が同規模・県・国と比較して高くなっているため、生活習慣病の早期からのかかわりが必要となります。このまま重症化せず中長期目標疾患に移行しないようにすることが必要です。(図表 29)

図表 29 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎 慢性 腎不全 (透析 有)	腎 慢性 腎不全 (透析 無)	脳 脳梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗 塞	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
① 国保	筑北村	4億4554万円	34,519	3.98%	0.06%	0.75%	1.27%	9.28%	3.94%	2.63%	9761万円	21.9%	14.6%	6.93%	8.21%
	同規模	--	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	--	18.6%	17.6%	7.82%	9.33%
	県	--	27,549	4.29%	0.22%	2.15%	1.22%	5.73%	3.28%	2.14%	--	19.0%	16.4%	8.45%	9.18%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	筑北村	9億1110万円	65,552	3.97%	0.74%	4.28%	1.63%	6.17%	4.04%	1.92%	2億0731万円	22.8%	10.4%	3.66%	11.8%
	同規模	--	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	--	18.8%	10.2%	3.61%	12.1%
	県	--	64,010	4.00%	0.36%	4.50%	1.34%	4.28%	3.30%	1.30%	--	19.1%	11.8%	2.73%	12.3%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

※1 「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

高額レセプトの推移についても、R03年度を除けば、年々人数・件数・費用額も減っており重症化予防ができています。(図表30～32)

後期の虚血性心疾患についてみると、1件で215万円と費用額が高くなるので、心筋梗塞などを発症させないように生活習慣の改善と高血圧や糖尿病、脂質異常症の治療をしていくことが必要です。(図表32)

図表 30 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	51人	50人	46人	61人	40人	84人
		B	93件	76件	79件	220件	62件	249件
	費用額	B/総件数	0.75%	0.63%	0.69%	1.90%	0.56%	1.40%
		C	1億2804万円	1億0182万円	1億0177万円	3億2525万円	9329万円	3億7831万円
	費用額	C/総費用	25.3%	21.5%	22.4%	60.6%	20.9%	41.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 31 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
脳血管疾患	人数	D	0人	3人	5人	3人	3人	13人							
		D/A	0.0%	6.0%	10.9%	4.9%	7.5%	15.5%							
	件数	E	0件	4件	9件	19件	4件	33件							
		E/B	0.0%	5.3%	11.4%	8.6%	6.5%	13.3%							
	年代別	40歳未満	0	--	0	0.0%	0	0.0%	2	10.5%	0	0.0%	65-69歳	33	####
		40代	0	--	0	0.0%	2	22.2%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	75-80歳	9	27.3%
		60代	0	--	4	####	5	55.6%	0	0.0%	0	0.0%	80代	14	42.4%
		70-74歳	0	--	0	0.0%	2	22.2%	17	89.5%	3	75.0%	90歳以上	10	30.3%
	費用額	F		1114万円	1036万円	2338万円	455万円	4583万円							
		F/C	--	10.9%	10.2%	7.2%	4.9%	12.1%							

図表 32 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
虚血性心疾患	人数	G	7人	1人	5人	5人	2人	1人							
		G/A	13.7%	2.0%	10.9%	8.2%	5.0%	1.2%							
	件数	H	8件	1件	5件	9件	2件	1件							
		H/B	8.6%	1.3%	6.3%	4.1%	3.2%	0.4%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	22.2%	0	0.0%	75-80歳	1	####
		60代	4	50.0%	1	####	4	80.0%	7	77.8%	1	50.0%	80代	0	0.0%
		70-74歳	3	37.5%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	1	50.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	977万円	90万円	563万円	1595万円	258万円	215万円							
		I/C	7.6%	0.9%	5.5%	4.9%	2.8%	0.6%							

出典：ヘルスサポートラボツール

(1) 健診・医療・介護の一体的分析

健診結果の比較では、年代別に見ていくと40-64歳の若い世代のBMI25以上が35.7%から45.9%になり、75歳以上の後期高齢者も15.8%から26.1%に急増しており、肥満者が増えています。(図表33)

この肥満により、40-64歳については、高血圧・糖尿病が増え、糖尿病と高血圧を合わせて持つ人の割合が多くなっています。(図表35)また高血圧と合併症について、一緒に治療している方の割合も高くなっています。75歳以上の方については、糖尿病が増え、糖尿病と高血圧を併せ持つ人も増えています。また糖尿病と合併症の治療者割合も増えています。64-74歳の糖尿病と合併症の治療者割合も増加しています。(図表35)

中長期目標疾患のうち介護認定者の治療状況を見ると、脳血管疾患では40-64歳と75歳以上の方に、虚血性心疾患は75歳以上の方、心不全では40-64歳の方と75歳以上の方がそれぞれ増加しています。(図表36)健診・医療・介護について一体的にみて、40-64歳のデータが悪化しているため、早期からの介入が必要です。(図表33-36)

図表33 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	27.0	346	696	1,158	41.3	62.5	13.1	8.4	4.8	7.2	35.7	29.2	15.8
R04	24.5	335	624	1,214	25.4	33.7	18.6	4.7	4.8	6.2	45.9	28.6	26.1

出典:ヘルスサポートラボツール

図表34 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%		
H30	9	6.3	(3)	20	4.6	(6)	3	2.0	(0)	8	5.6	(3)	24	5.5	(0)	0	--	(0)	1	0.7	3	0.7	4	2.6	1	0.7	13	3.0	5	3.3
R04	5	5.9	(3)	7	3.3	(1)	7	3.1	(4)	3	3.5	(1)	17	8.1	(0)	1	0.4	(0)	0	--	1	0.5	5	2.2	1	1.2	2	1.0	3	1.3

出典:ヘルスサポートラボツール

図表35 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症								
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症					
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	83.2	94.0	96.6	34.7	67.5	84.8	76.7	82.8	88.2	47.5	57.9	53.3	33.3	46.2	45.4	40.2	59.6	75.4	64.9	67.6	85.1			
R04	78.8	92.8	92.5	31.9	67.1	81.9	79.4	80.7	87.9	48.6	54.2	56.8	34.6	40.6	49.7	43.5	57.1	75.2	63.5	69.6	85.3			

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 36 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表 年度	㊸ 中長期目標の疾患(被保険者割)												㊹ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.3	9.3	25.6	3.2	14.4	28.3	4.6	17.0	39.8	10.7	25.4	32.4	13.3	27.7	44.1	0.0	7.0	32.0	0.0	10.2	35.4	2.7	7.9	27.5
R04	2.1	8.8	20.1	3.0	11.2	24.6	7.5	15.4	43.4	10.1	23.9	34.3	14.3	20.0	46.3	0.0	5.7	32.4	4.0	9.4	34.7	0.0	6.7	25.7

出典:ヘルスサポートラボツール

(3) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、肥満の改善と高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にし、評価指標については、まず「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」と「地域の実情に応じて設定する指標」(図表37)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

③短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表37 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)	
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	0.75			KDBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.27				
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.98				
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	55%				
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0				
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	33.5			筑北村
				健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	4.8			
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	10.5			
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	12			
				★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	1.4			
				★特定健診受診率60%以上	51.7			
				★特定保健指導実施率60%以上	71.2			
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	20.7			
アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	51.7			法定報告値		
		★特定保健指導実施率60%以上	71.2					
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	20.7					

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表38 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	55%	56%	57%	58%	59%	60%以上
特定保健指導実施率	71%	71%	72%	72%	73%	73%以上

3. 対象者の見込み

図表 39 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	870	790人	710人	650人	600人	550人
	受診者数	479人	443人	405	377人	354人	330人
特定保健指導	対象者数	48人	40人	36人	34人	32人	30人
	受診者数	35人	28人	26人	24人	23人	22人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。

- ①集団健診(筑北村役場他): 1健診機関との1対1契約と保険者協議会でまとめて県医師会と契約する集合契約とします。
- ②個別健診(筑北地域医療機関): 塩筑医師会との契約とします。

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められています。

(3)健診実施機関リスト

集団健診実施機関は、中部公衆医学研究所、個別健診実施機関は筑北地域の医療機関を指定する医師会との契約、集合契約は長野県国保連合会のホームページに掲載します。

(4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、早期からの重症化予防を図るため追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

また、血中脂質検査のうちLDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合は、non-HDLコレステロールの測定にかえられます。(実施基準第1条第4項)(図表40)

図表 40 特定健診検査項目

健診項目		筑北村	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン (eGFR)	○	□
	尿酸	○	

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれの項目の実施で可

(5)実施時期

5月から翌年3月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、長野県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。(図表41)

図表 41 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 ↓ 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可) (特定健診の開始)	(特定保健指導の実施)
5月		↓	健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	↓
7月		↓	実施実績の分析、実施方法、委託先機関の見直し等
8月		(特定保健指導の開始)	↓
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	↓
10月		↓	受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
11月		↓	
12月	契約に関わる 予算手続き	↓	
1月	↓	↓	
2月	↓	↓	
3月	契約準備 ↓	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

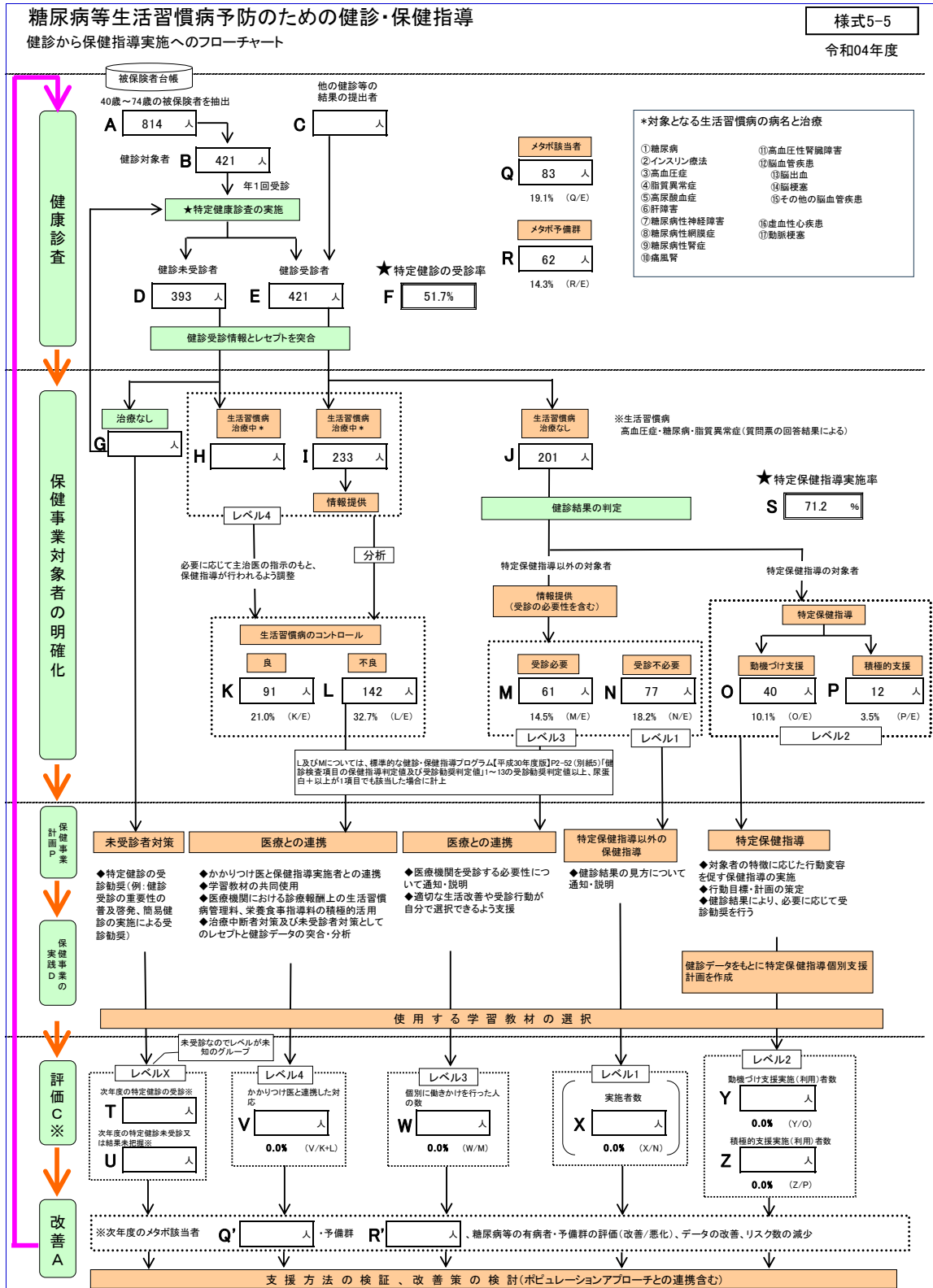
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

特定保健指導 の見直し	<p>(1)評価体系の見直し</p> <p>特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。</p>
	<p>(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和</p> <p>特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。</p>
	<p>(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方</p> <p>特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。</p>
	<p>(4)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外</p> <p>服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。</p>
	<p>(5)その他の運用の改善</p> <p>看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。</p>

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。(図表42)

図表42 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 43 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の60%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	52人 (12.4%)	73%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	61人 (14.5%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	393人 ※受診率目標達成まであと68人	20%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	77人 (18.2%)	50%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	233人 (54.9%)	50%

出典: ヘルサポートラボツール

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。(図表 44)

図表 44 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎特定健診(集団)		◎がん検診開始
6月	特定健康(個別) 翌3月まで	◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月	◎特定健診(集団)	◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告します。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、村ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせ実施いく必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く、村民へ周知していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

筑北村の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、146人(33.6%)です。そのうち治療なしが40人(19%)を占め、さらに臓器障害あり直ちに取組むべき対象者が14人です。14人のうち、特定保健指導対象者が9人(64.3%)で

す。また、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが40人中25人(62.5%)と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表45)

図表 45 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-										令和04年度			
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)			
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		434人	48.1%	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心原性 脳塞栓症 (27.7)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ラクナ 梗塞 (31.2)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2)</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※脳卒中 データリンク 2015より</p> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">非心原性脳梗塞</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">安静 狭心症</div> </div>								■各疾患の治療状況	
											治療中	治療なし	
											高血圧	178	256
											脂質異 常症	126	307
											糖尿病	51	383
											3疾患 いずれか	233	210
											※問診結果による		
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)					
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)					
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		重症化予防対象者 (実人数)			
該当者数	21 4.8%	3 0.7%	14 3.2%	14 3.2%	83 19.1%	36 8.3%	24 5.5%	146 33.6%					
治療なし	10 3.9%	1 0.5%	10 3.3%	14 4.5%	10 4.8%	18 4.7%	0 0.0%	40 19.0%					
(再掲) 特定保健指導	3 14.3%	0 0.0%	4 28.6%	5 35.7%	10 12.0%	8 22.2%	0 0.0%	25 17.1%					
治療中	11 6.2%	2 0.9%	4 3.2%	0 0.0%	73 31.3%	18 35.3%	24 10.3%			106 45.5%			
臓器障害 あり	2 20.0%	1 100.0%	4 40.0%	8 57.1%	5 50.0%	8 44.4%	0 --	14 35.0%					
CKD(専門医対象者)	0	0	0	3	0	1	0			0			
心電図所見あり	2	1	4	6	5	8	0			14			
臓器障害 なし	8 80.0%	--	6 60.0%	6 42.9%	5 50.0%	10 55.6%	--			--			

出典:ヘルサポトラボツール

2. 重症化予防の取組

1) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

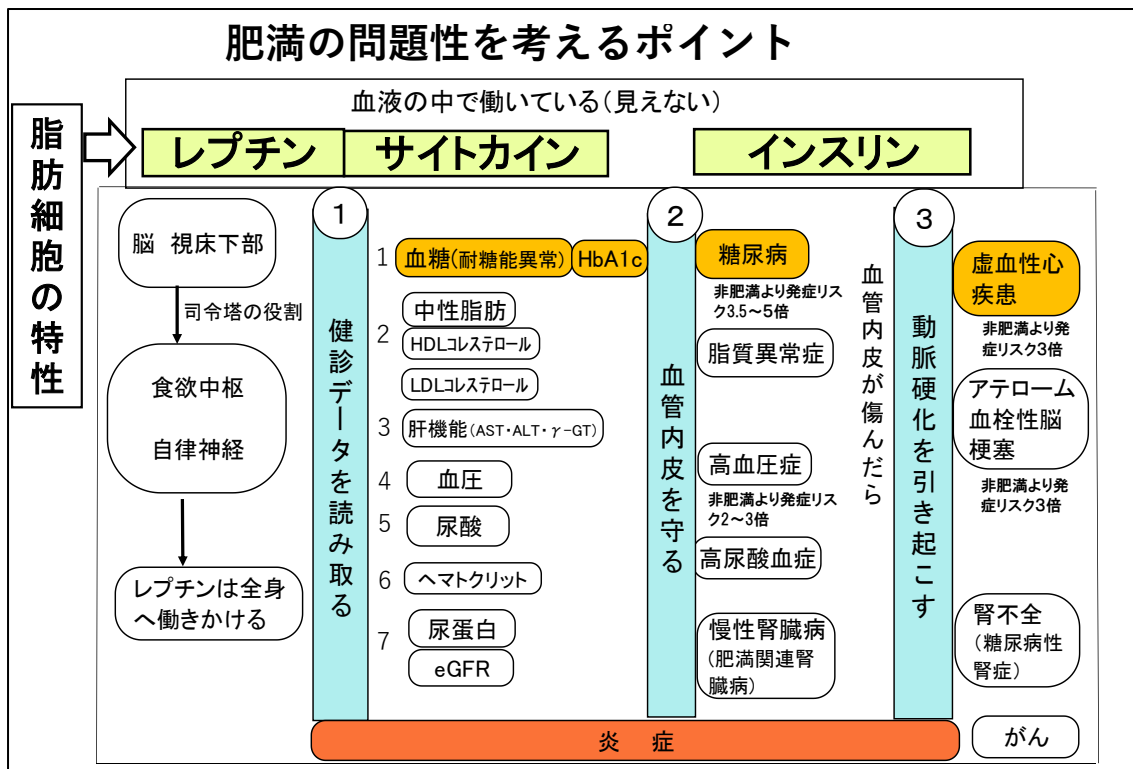
(1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であります。そのため、まずは短期目標である、高血圧・糖尿病・脂質異常症のコントロールが重要となります。短期目標の達成は、動脈硬化から引き起こす虚血性心疾患・脳血管疾患の発生を防ぎます。そのため、上記すべての疾患の根源となるメタボリックシンドロームの重症化予防を行うことが望ましいとされます。

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこないます。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)

なお、取組みにあたっては図表46に基づいて考えていきます。

図表 46 肥満の問題性を考えるポイント



(2) 肥満の状況

① 肥満度分類に基づく実態把握

筑北村は、肥満者の割合が多く、男性の40～64歳のBMI25以上の者が57.1%、そのうち41.4%は軽度肥満の肥満Ⅰ度です。脂肪細胞肥大の限界点（BMI28～30）に達する前に肥満の改善を図る必要があります。（図表47）

図表47 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳
総数	121	313	55	82	42	73	7	5	3	2	3	2	
			45.5%	26.2%	34.7%	23.3%	5.8%	1.6%	2.5%	0.6%	2.5%	0.6%	
再掲	男性	70	124	40	42	29	41	7	1	3	0	1	0
				57.1%	33.9%	41.4%	33.1%	10.0%	0.8%	4.3%	0.0%	1.4%	0.0%
	女性	51	189	15	40	13	32	0	4	0	2	2	2
				29.4%	21.2%	25.5%	16.9%	0.0%	2.1%	0.0%	1.1%	3.9%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

② 優先順位

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、科学的な根拠（EBM）「肥満症診療ガイドライン2022」に基づき、優先順位をつけます。

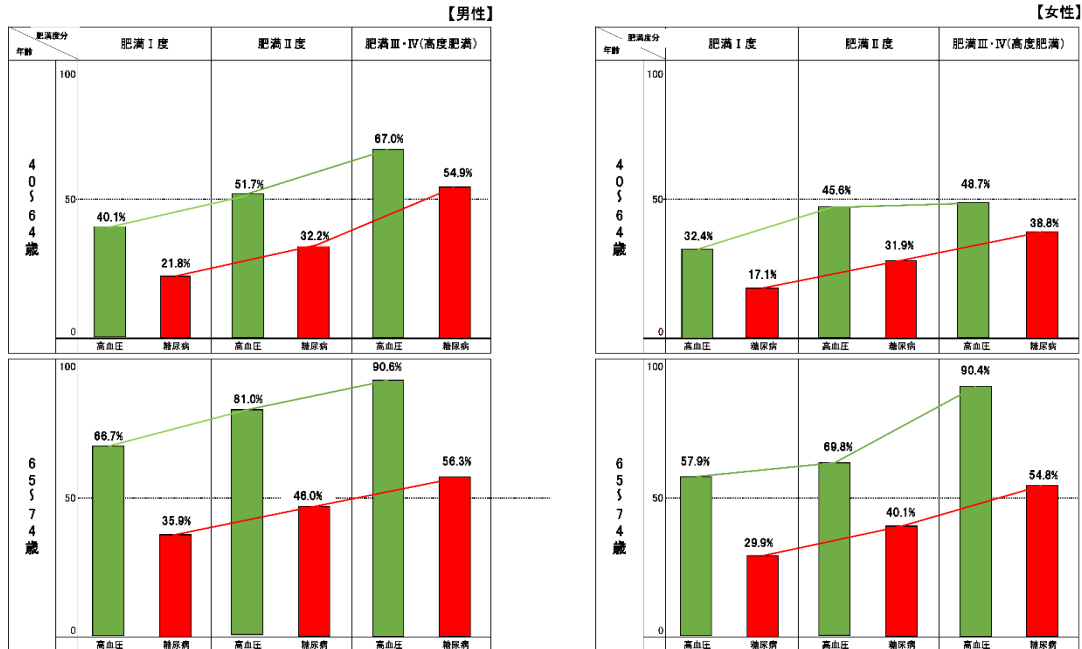
ア 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます。

まず、「肥満症診療ガイドライン2022」によると、6か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症（肥満3度・4度）は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。

次に図表48をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代（40～64歳）を対象とすることが効率いいことがわかります。

図表48 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？ 一番問題である高血圧と糖尿病をグラフに表してみました



イ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

R03年度に心・脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)の新規発症者は、14名でした。(図表49)

このうち、過去に1度でも村の健康診断を受けたことがある方は、7名(50%)で、7名の方は未受診者でした。村の健康診断を受けた7名のうちメタボリックシンドロームに該当する方は、5名(71.4%)でした。そこから、まずは村の健康診断を受診し、自らの体の状態を確認できるよう受診勧奨をしていきます。そして、心・脳血管疾患の発症を防ぐため、肥満の解消に向けた取り組みが重要になります。

図表49 心・脳血管疾患を発症した事例

心・脳血管疾患を発症した事例から課題を整理する

事例No	性別	発症年齢	健診受診の有無	特定健診	KDBから把握						転帰	
					レセプト							
					脳血管疾患	虚血性心疾患	腎不全	基礎疾患				介護
			高血圧	糖尿病	脂質異常症							
1	男	60代	有	該当なし	○			○			介護2	
2	男	50代	有	メタボ	○	○	○	○	○			
3	男	70代	有	メタボ	○							死亡
4	女	60代	有	メタボ	○		○	○	○			
5	男	70代	有	メタボ		○		○	○	○		
6	男	60代	有	メタボ	○	○	○	○	○	○		
7	男	60代	有	該当なし		○		○		○		
8	男	70代	無	不明	○		○	○	○	○		
9	女	70代	無	不明	○		○	○	○	○		
10	男	60代	無	不明		○		○	○	○		
11	女	70代	無	不明	○			○				
12	男	70代	無	不明	○		○					死亡
13	男	70代	無	不明	○		○	○			要支援2	
14	男	60代	無		○			○	○		要支援1	

(3) 対象者の明確化

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表50)は、男性で40代から受診者の2～3割を超えますが、女性では60代・70代で1割程度であるため、男性を優先とすることが効率的だと考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表51)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、図表49心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、7割がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も必要となります。

図表50 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	194	24	24	68	78	240	15	19	77	129	
メタボ該当者	B	58	6	7	18	27	25	0	1	6	18	
	B/A	29.9%	25.0%	29.2%	26.5%	34.6%	10.4%	0.0%	5.3%	7.8%	14.0%	
再掲	① 3項目全て	C	22	1	3	6	12	10	0	0	1	9
		C/B	37.9%	16.7%	42.9%	33.3%	44.4%	40.0%	---	0.0%	16.7%	50.0%
	② 血糖+血圧	D	5	0	0	3	2	4	0	0	2	2
		D/B	8.6%	0.0%	0.0%	16.7%	7.4%	16.0%	---	0.0%	33.3%	11.1%
	③ 血圧+脂質	E	24	4	3	8	9	10	0	1	3	6
		E/B	41.4%	66.7%	42.9%	44.4%	33.3%	40.0%	---	100.0%	50.0%	33.3%
	④ 血糖+脂質	F	7	1	1	1	4	1	0	0	0	1
		F/B	12.1%	16.7%	14.3%	5.6%	14.8%	4.0%	---	0.0%	0.0%	5.6%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表51 メタボリック該当者の治療状況

	男性						女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし	
総数	194	58	29.9%	49	84.5%	9	15.5%	240	25	10.4%	24	96.0%	1	4.0%
40代	24	6	25.0%	2	33.3%	4	66.7%	15	0	0.0%	0	---	0	---
50代	24	7	29.2%	5	71.4%	2	28.6%	19	1	5.3%	1	100.0%	0	0.0%
60代	68	18	26.5%	18	100.0%	0	0.0%	77	6	7.8%	6	100.0%	0	0.0%
70～74歳	78	27	34.6%	24	88.9%	3	11.1%	129	18	14.0%	17	94.4%	1	5.6%

出典:ヘルスサポートラボツール

①メタボリックシンドローム該当の虚血性心疾患

ア 心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

イ 心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

②メタボリックシンドローム該当の脳血管疾患

ア 健診データからの把握

前述のとおり、メタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこないます。肥満が原因で、高血圧に罹患し脳血管疾患に至る経過があるため、食事・運動・生活リズム等の保健指導を行います。

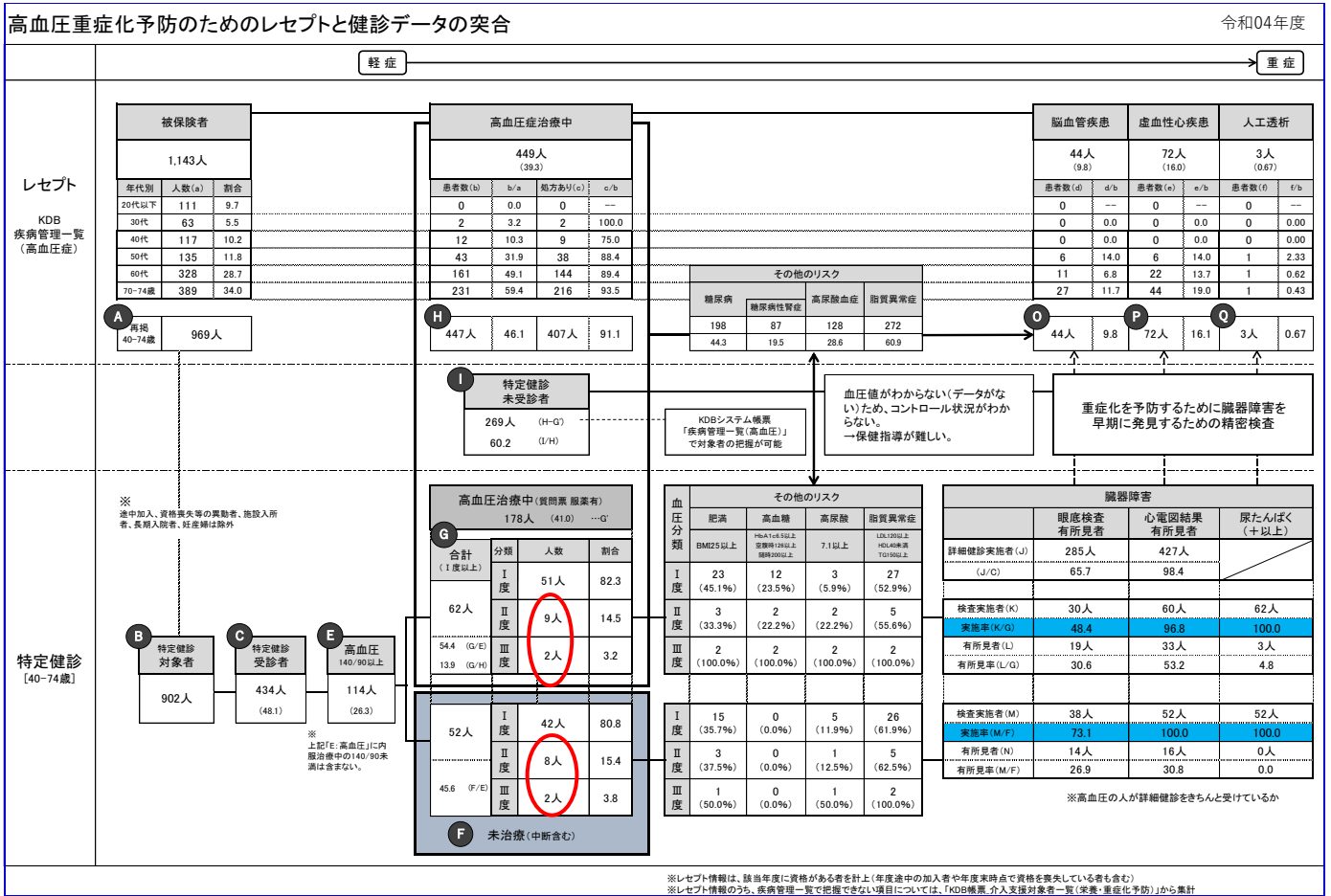
脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。(図表53)

図表52の健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が21人(4.8%)であり、そのうち10人(47.6%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が11人(52.4%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)を実施し、所見のある者への指導を行っていきます。

図表 52 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診

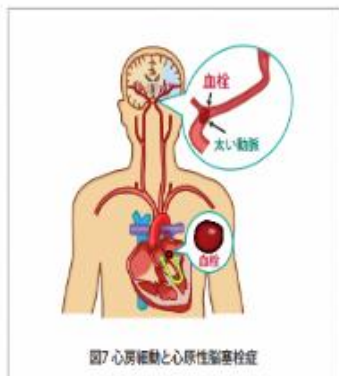


図表 53 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

イ 心電図検査における心房細動の実態把握



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

(脳卒中予防の提言より引用)

③ 対象者の選定基準の考え方

ア メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。

イ 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。

ウ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)を行います。

④ 対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)・高血圧・糖尿病・CKD管理台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

(4) 保健指導の実施

① 最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン2022等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていきます。(図表54)

図表 54 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の交調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思えますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いとお聞きしますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

② 二次健診等を活用した重症化予防対策

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

筑北村は健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある虚血性心疾患・脳血管疾患重症化予防対象者へ二次健診を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで重症化予防を目指します。重症化予防のため、下記の検査を実施し、保健指導を行います。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ア 頸動脈エコー検査 (心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- イ 微量アルブミン検査 (尿で腎臓の状態を見る検査)
- ウ 75g 糖負荷検査 (高インスリン状態を見る検査)
- エ 持続血糖測定検査 (リブレ：2週間分の毎日の血糖の変化をみる検査)

(5) 医療との連携

重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報については、かかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集します。

(6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

(7) 評価

評価の実施については、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行います。その際はKDB等の情報を活用します。

また、中長期的評価については、他の糖尿病性腎症・虚血性心疾患・脳血管疾患等と合わせて行います。

(8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2) 糖尿病性腎症重症化予防

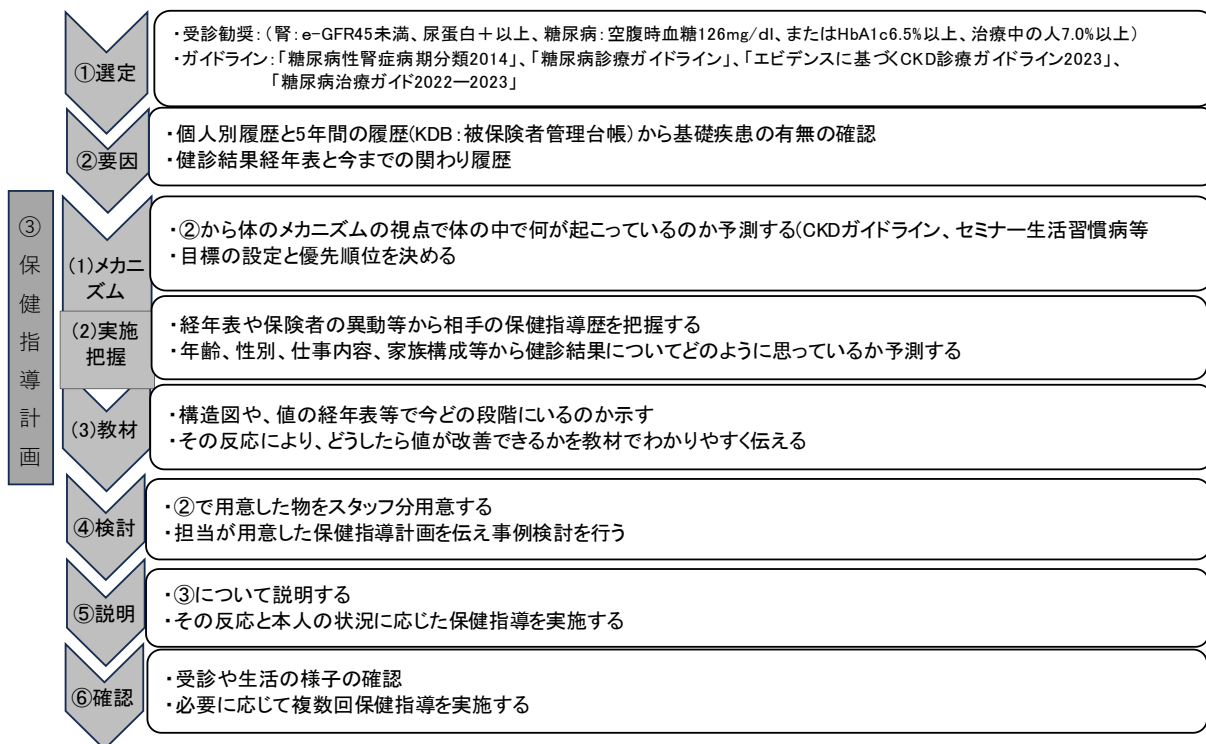
(1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組については、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表55に沿って実施します。

- ①健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- ②治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ③糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表55 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



(2) 対象者の明確化

① 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準については、長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ア 医療機関未受診者
- イ 医療機関受診中断者

ウ 糖尿病治療中者

ア) 糖尿病性腎症で通院している者

イ) 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

② 選定基準に基づく該当者の把握

ア 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。(図表56)

図表56 糖尿病性腎症病期分類

病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73㎡)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。

筑北村においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

イ 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。(図表57)

筑北村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は25人(32.9%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者295(25.8%)人のうち、特定健診受診者が51人(67.1%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者241人(82.5%・I)については、治療中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

ウ 介入方法と優先順位

図表57より筑北村においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・25人

優先順位2

【保健指導】

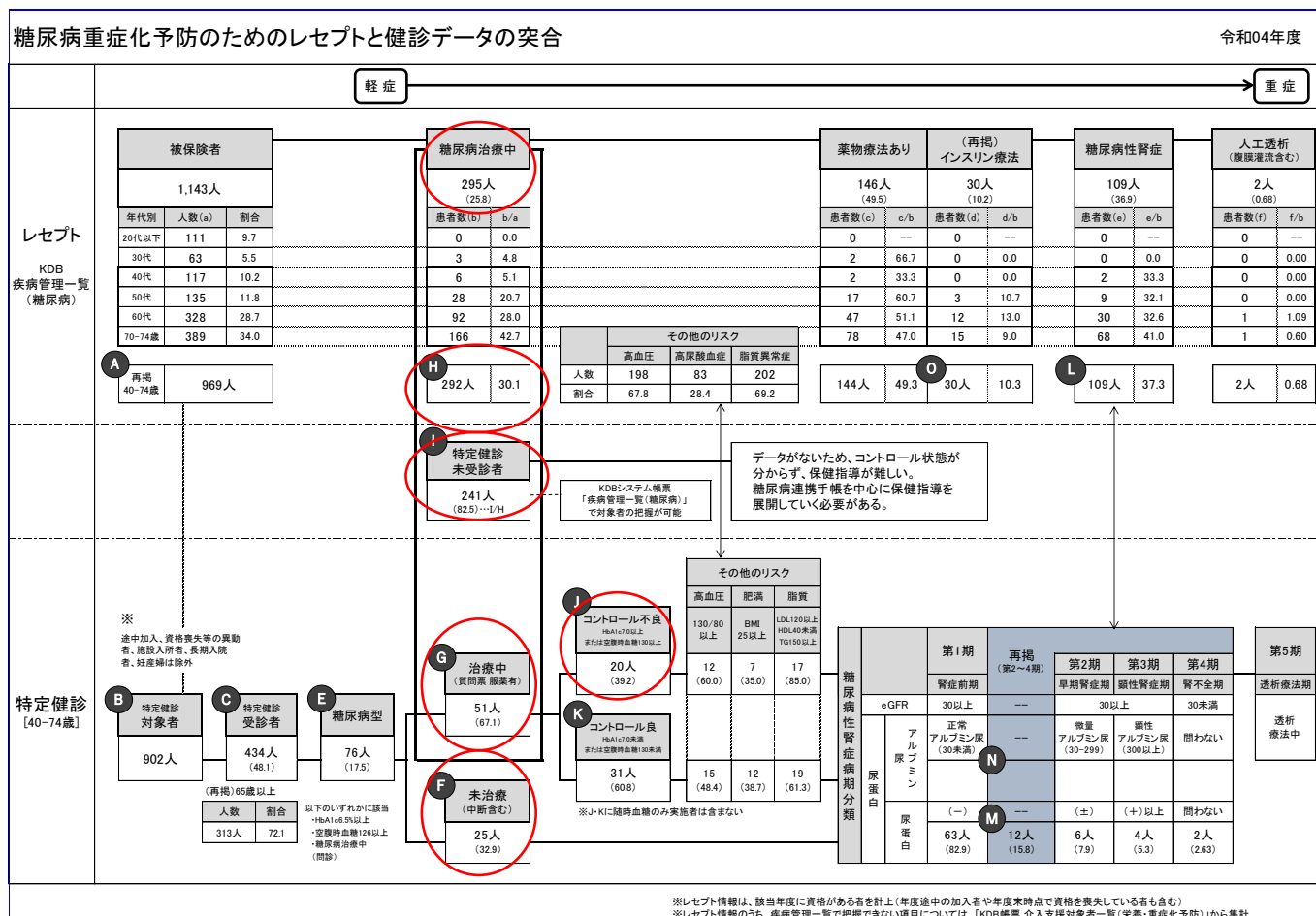
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者(J)・・・20人
- ・治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

- ・Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表57 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



(3) 保健指導の実施

① 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。筑北村においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行います。(図表58)

図表58糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ピグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるのでしょ
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	4 参考資料
1-21 糖尿病治療の進め方	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	

② 二次健診等を活用した重症化予防対策

腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等で微量アルブミン尿定量検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。糖尿病発症予防・重症化予防のため、下記の検査を実施し、保健指導を行います。

◎糖尿病の有無や進行の程度を見るための検査

ア 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)

イ 持続血糖測定検査(リブレ:2週間分の毎日の血糖の変化をみる検査)

(4) 医療との連携

① 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

② 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては長野県プログラムに準じ行っています。

(5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

(6) 評価

評価の実施については、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行います。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価については、図表59糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いています。

短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

ア 受診勧奨対象者への介入率

イ 医療機関受診率

ウ 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア 保健指導実施率

イ 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
・HbA1cの変化

- ・eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)
- ・尿蛋白の変化
- ・服薬状況の変化

図表59 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基		
			R02年度		R03年度		R04年度		R04年度同規模保険者数274				
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	1,167人		1,133人		1,103人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳		1,000人		988人		954人						
2	① 特定健診 対象者数	B	874人		853人		814人				市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書		
	② 受診者数	C	379人		451人		421人						
	③ 受診率		43.4%		52.9%		51.7%						
3	① 特定保健指導 対象者数		46人		45人		52人						
	② 実施率		63.0%		68.9%		71.2%						
4	健診データ	① 糖尿病型	E	79人	20.8%	74人	16.4%	76人	18.1%			特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	23人	29.1%	17人	23.0%	25人	32.9%				
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	56人	70.9%	57人	77.0%	51人	67.1%				
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上かつ空腹時血糖130以上	J	29人	51.8%	27人	47.4%	20人	39.2%				
		⑤ 血圧 130/80以上		19人	65.5%	16人	59.3%	12人	60.0%				
		⑥ 肥満 BMI25以上		16人	55.2%	16人	59.3%	7人	35.0%				
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	27人	48.2%	30人	52.6%	31人	60.8%				
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	65人	82.3%	59人	79.7%	63人	82.9%				
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		5人	6.3%	7人	9.5%	6人	7.9%				
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		9人	11.4%	7人	9.5%	4人	5.3%				
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	1人	1.4%	2人	2.6%				
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		206.5人		207.4人		205.8人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		240.0人		235.8人		236.9人					
		③ レセプト件数 (40-74歳)	H	入院外(件数)	1,720件	(1746.2)	1,612件	(1677.4)	1,445件	(1602.0)	500件	(840.2)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ (1)内被保険者対 入院(件数)		4件	(4.1)	3件	(3.1)	9件	(10.0)	2件	(5.1)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	241人	20.7%	235人	20.7%	227人	20.6%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳		240人	24.0%	233人	23.6%	226人	23.7%				
		⑦ 健診未受診者	I	184人	76.7%	176人	75.5%	175人	77.4%				
		⑧ インスリン治療	O	18人	7.5%	20人	8.5%	19人	8.4%				
		⑨ (再掲)40-74歳		17人	7.1%	19人	8.2%	18人	8.0%				
		⑩ 糖尿病性腎症	L	127人	52.7%	118人	50.2%	107人	47.1%				
		⑪ (再掲)40-74歳		127人	52.9%	117人	50.2%	107人	47.3%				
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		3人	1.2%	4人	1.7%	2人	0.9%				
		⑬ (再掲)40-74歳		3人	1.3%	4人	1.7%	2人	0.9%				
		⑭ 新規透析患者数		1	0.4%	0	0	0	0				
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1	0.4%	0	0	0	0				
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		5人	1.2%	3人	0.7%	5人	1.1%				
6	医療費	① 総医療費		4億5494万円	5億3689万円	4億4584万円	2億6175万円			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー			
		② 生活習慣病総医療費		2億4025万円	2億8081万円	2億3080万円	1億4021万円						
		③ (総医療費に占める割合)		52.8%	52.3%	51.8%	53.6%						
		④ 生活習慣病 別患者 一人あたり	健診受診者	1,359円	8,316円	7,424円	6,845円						
		⑤ 健診未受診者	36,337円	33,952円	31,238円	40,820円							
		⑥ 糖尿病医療費		4537万円	4181万円	4136万円	1572万円						
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		18.9%	14.9%	17.9%	11.2%						
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億0530万円	1億1253万円	1億0053万円							
		⑨ 1件あたり		31,987円	35,601円	34,276円							
		⑩ 糖尿病入院総医療費		4935万円	5442万円	3444万円							
		⑪ 1件あたり		624,713円	697,680円	538,114円							
		⑫ 在院日数		15日	15日	14日							
		⑬ 慢性腎不全医療費		2800万円	2473万円	1798万円	957万円						
		⑭ 透析有り		2698万円	2431万円	1773万円	862万円						
		⑮ 透析なし		102万円	42万円	26万円	96万円						
7	介護	① 介護給付費		6億6390万円	6億2730万円	6億2420万円	3億5514万円						
		② (2号認定者)糖尿病合併症		1件	25.0%	1件	33.3%						
8	① 死亡		0人	0.0%	1人	1.2%	1人	1.2%	1人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

出典:ヘルスサポートラボツール

(7) 実施期間及びスケジュール

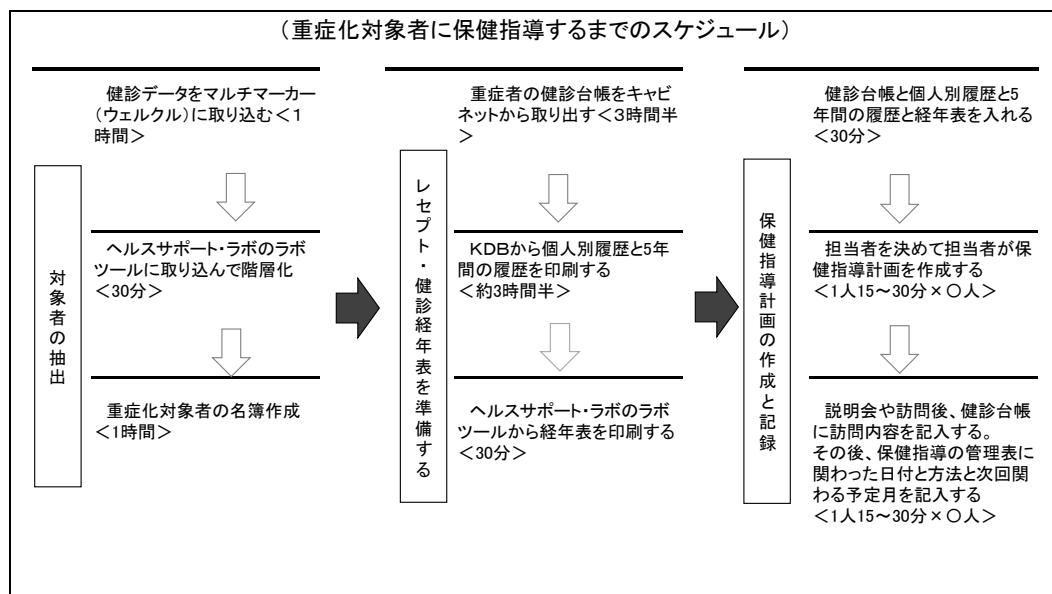
図表60に基づいて以下の予定で行います。

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表60 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2) 事業の実施

筑北村は、令和2年度より長野県後期高齢者広域連合から事業を受託し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。(図表61)

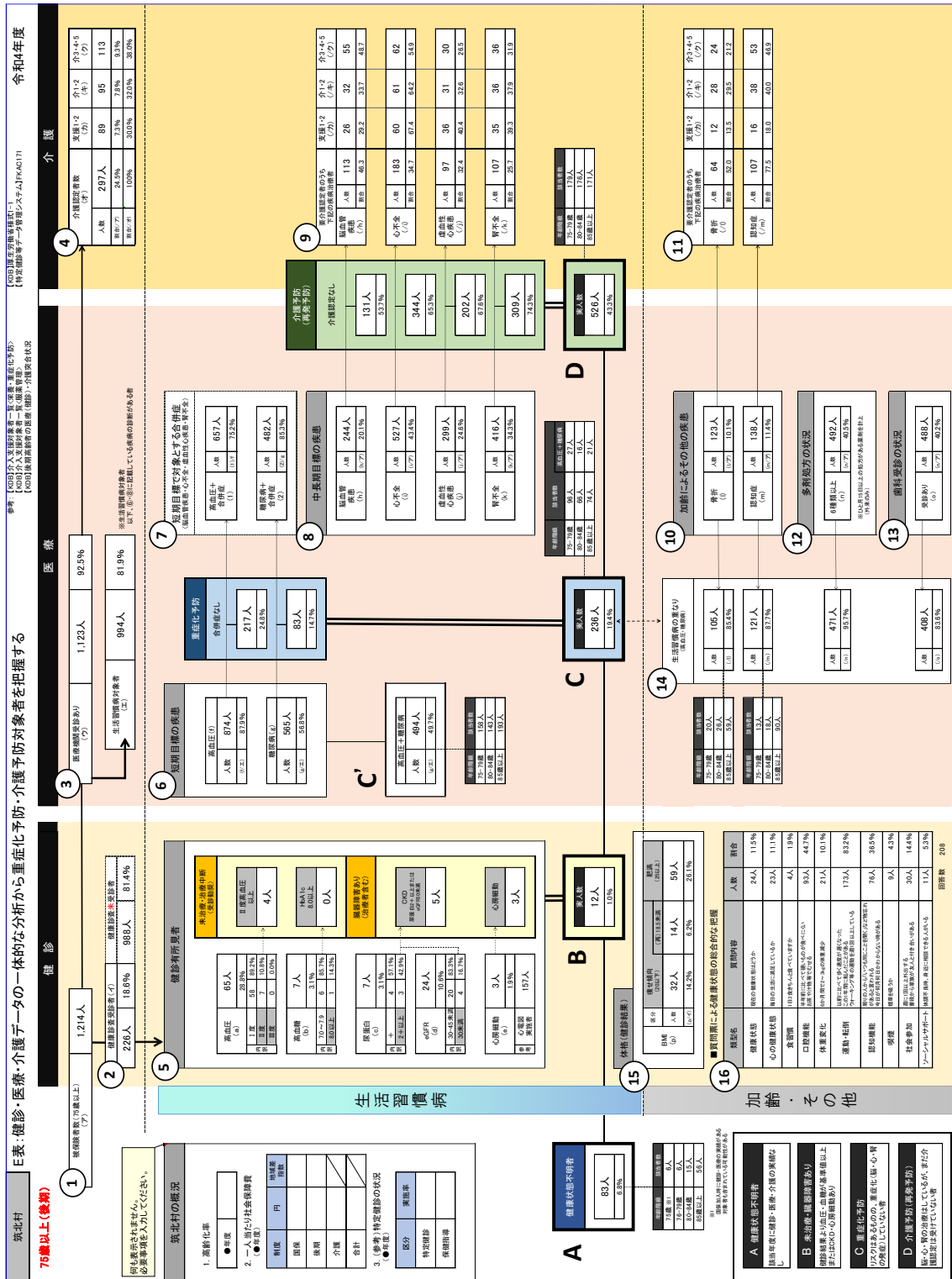
(1) 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

(2) 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、

認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表61 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



4. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

筑北村においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見えていくことが必要であります。(図表62)

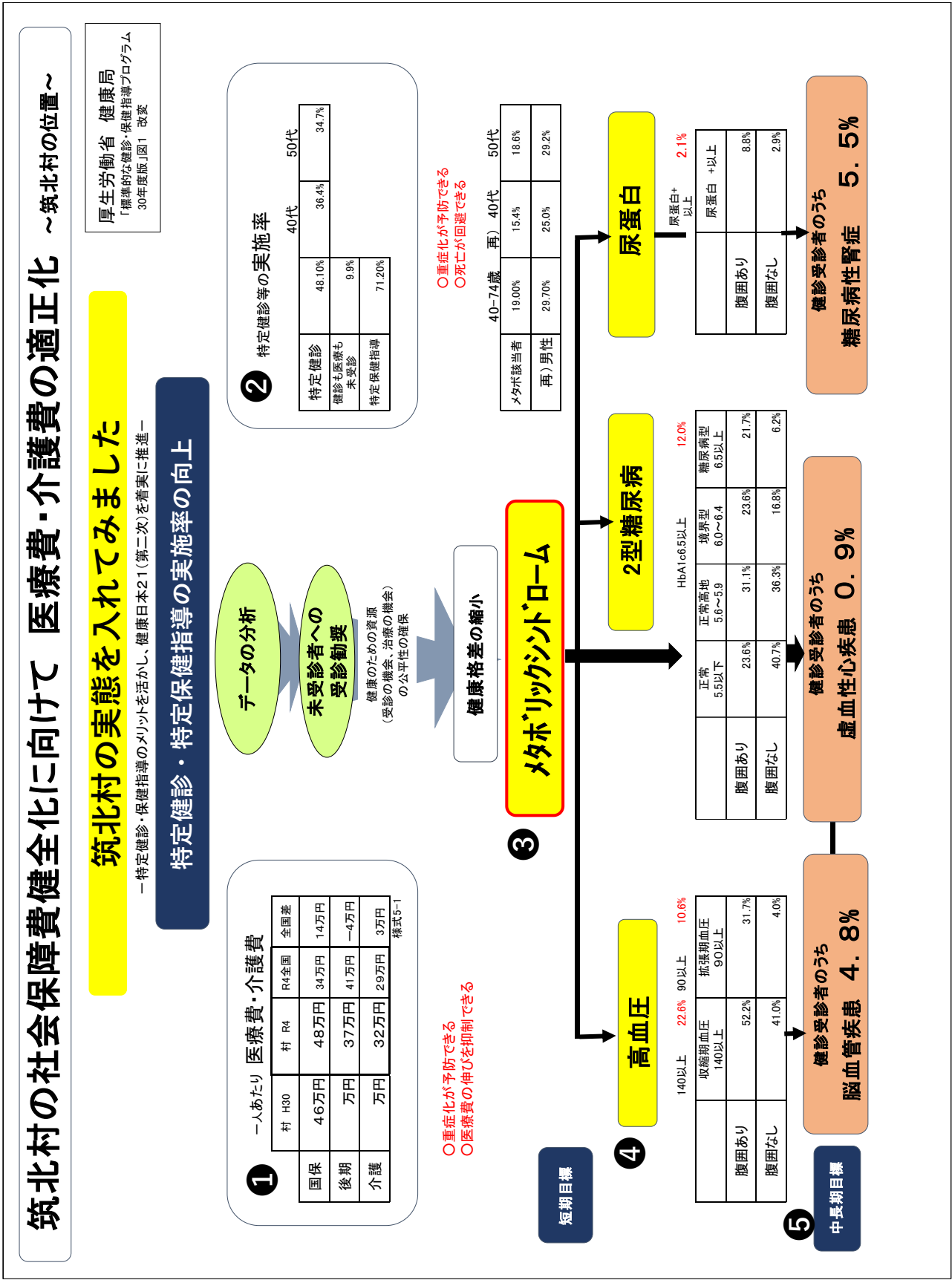
図表 62 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える																
—基本的考え方— (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)																
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>																
1 根拠法	健康増進法															
6条 健康増進事業実施者	母子保健法			児童福祉法	学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)	高齢者の医療の確保に関する法律			(介護保険)				
2 計画	健康増進計画(県) (市町村努力義務) 【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】															
	データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)															
3 年代	妊婦 (胎児期)	産婦	0歳～5歳			6歳～14歳			15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上		
4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査			就学時健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)			定期健康診断 (第66条)	特定健康診査 (第18・20・21条)	後期高齢者健康診査 (第125条)
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)			
5 対象者 健診内容	血糖	95mg/dl以上									空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上					
	HbA1c	6.5%以上									6.5%以上					
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上														
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上									空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上					
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの														
	身長 体重															
	BMI											25以上				
	肥満度				かつ 18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上							
	尿糖	(+) 以上										(+) 以上				
	糖尿病家族歴															

5. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く住民へ周知していきます。(図表63)

図表 63 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和08年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB 活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知ることができるものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知を行います。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。